

2023年度 河北新報健保組合(社員) 深夜業健診 FAX申込書

- 下記枠内にもれなく必要事項をご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。
- FAX送信後、1週間以上経過しても健診予約受付センターから連絡がない場合は、FAX送信エラーの可能性がございますので、健診予約受付センター0800-9199-023までご連絡ください。

※FAX番号をお間違いないようご注意ください。

申込日	2 0 2 3 年			月			日	FAX	ベネフィットワン・ヘルスケア 健診予約受付センター行 0800-9199-030					
フリガナ														
(被保険者)氏名														
所属会社								所属部署						
保険証	※右詰めでご記入ください。													
	記号						番号							
フリガナ														
受診者氏名(自署)								性別	男 ・ 女					
生年月日	昭和 平成		年(西暦	19 20		年)			月			日		
電話番号	自宅				—			—			連絡の つきやすい 時間帯	<input type="checkbox"/> 10~12時 <input type="checkbox"/> 12~18時 <input type="checkbox"/> 18~21時 <input type="checkbox"/> ~ 時		
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先				—			—					
現住所	〒 [][] - [][][][]													
予約確認書(受診券) 送付先住所	〒 [][] - [][][][]													
□同上(現住所と送付先住所が同じ場合はチェックください)														
受診希望コース	深夜業健診(いずれか1つ) ※印刷職場の方は騒音検査付きとなります													
	<input type="checkbox"/> 深夜業健診						<input type="checkbox"/> 深夜業健診兼騒音検査							
※オプション検診はありません														
希望健診機関	第①希望	コード					健診機関名							
(健診機関リストを参照のうえ、 受診項目毎に第3希望まで ご記入ください)	第②希望	コード					健診機関名							
	第③希望	コード					健診機関名							
希望日	予約は申込日より2週目以降の日程でお申込みください。													
(受付時間は 健診機関指定時間 となります)	第①希望			月		日	曜日	第④希望			月		日	曜日
	第②希望			月		日	曜日	第⑤希望			月		日	曜日
	第③希望			月		日	曜日	第⑥希望			月		日	曜日
その他	ご都合のつかない 曜日	月・火・水・木・金・土・日					手配優先 順位	<input type="checkbox"/> 希望日 <input type="checkbox"/> 健診機関						
	ご都合のつかない 月日	月 日 / 月 日 / 月 日						※いずれかを優先し予約いたします。						

- FAX送信の際は、必ずFAX番号をご確認の上ご送信ください。
- また、ご記入されたFAX申込書の控えを保管ください。
- 本申込書1枚につき、1名分のお申込みとなります。
- 健診機関の空き状況によっては、ご希望に沿えない場合があります。